

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THREE

THE DOCTORAT EN MEDICINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Georges SCHOENGRUN**

Ancien externe des Hôpitaux

Né à Paris le 28 avril 1899

L'AMYGDALECTOMIE SUB-TOTALE
CHEZ L'ADULTE

Président : M. PIERRE SEBILEAU, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

===== PARIS 1924 =====

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI . . . Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. . . Pathologie médicale.	LE LORIER . . . Obstétrique.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.	LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
BAUDOUIN. . . Pathologie médicale.	LEMIERRE. . . Pathologie médicale.
BINET . . . Physiologie.	LÉVY-SOLAL . . . Obstétrique.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.	LHERMITTE . . Pathologie mentale.
BRANCA . . . Histologie.	LIAN . . . Pathologie médicale.
BRULÉ . . . Pathologie médicale.	MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
BUSQUET . . . Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER . . . Obstétrique.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.	MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . . Histologie.	MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
CHIRAY . . . Pathologie médicale.	MOURE. . . Pathologie chirurgicale.
CLERC . . . Pathologie médicale.	MULON. . . Histologie.
DEBRÉ. . . Hygiène.	PHILIBERT. . . Bactériologie.
I. de JONG . . Anatomie pathologique.	RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
DUVOIR . . . Médecine légale.	RICHET FILS . . Physiologie.
ÉCALLE . . . Obstétrique.	ROUVIÈRE. . . Anatomie.
FIESSINGER . . Pathologie médicale.	STROHL . . . Physique médicale.
FOIX . . . Pathologie médicale.	TANON . . . Pathologie médicale.
GARNIER . . . Pathologie expériment ¹⁶	TIFFENEAU . . Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER . . . Pathologie médicale.	VAUDESCAL . . Obstétrique.
HEITZ-BOYER. Urologie.	VERNE. . . Histologie.
HOVELACQUE . Anatomie.	VILLARET . . . Pathologie médicale.
JOYEUX . . . Parasitologie.	WELTER . . . Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
CAMUS. . . Physiologie.	RETTERRER. . . Histologie.
GOUGEROT. . . Pathologie médicale.	ROUSSY. . . Anatomie pathologique.
GUENIOT . . . Obstétrique.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	RATHERY. . .	Clinique médicale..
LEREBoullet .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale
LÉRI . . .	Clinique médicale.	TERRIEN . . .	Clin. ophtalmologique.
LÉPER . . .	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
N...	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU

Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
de la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

*Nous sommes particulière-
ment heureux de pouvoir le
remercier du très grand hon-
neur qu'il nous fait en voulant
bien accepter de présider cette
thèse et nous le prions de trou-
ver ici l'expression de notre pro-
fonde gratitude.*

A MONSIEUR LE D^r EMILE HALPHEN

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

*Nous dédions cette thèse dont
il nous a inspiré le sujet et nous
le prions de bien vouloir accepter
le témoignage de notre recon-
naissance infinie pour nous avoir
accueilli dans son service où il ne
cesse de nous prodiguer son pré-
cieux enseignement avec une si
cordiale bienveillance.*

A MONSIEUR LE D^r J. COMBY

Médecin honoraire de l'Hôpital des Enfants-Malades

Avec l'expression de notre affectueuse et respectueuse sympathie.

A MONSIEUR LE D^r GASTON ALEXANDRE

Avec l'expression de mes sentiments les plus cordiaux.

A MES AMIS

LES D^{rs} SIGISMOND BLOCH
M. BUNEAU ET M. WISNER

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM.

Le D^r MICHAUX, chirurgien de l'Hôpital Beaujon
(*in memoriam*).

Le D^r SAVARIAUD, chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

Le Professeur agrégé LENORMAND, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

Le Professeur A. BROCA, chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Le Professeur P. SEBILEAU, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

Le Professeur Ch. ACHARD, médecin de l'Hôpital Beaujon.

Le Professeur agrégé C. LIAN, médecin de Bicêtre.

Le D^r CAUCHOIX, chirurgien des Hôpitaux.

Le D^r RUDEAUX, accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine.

MM.

Le Professeur TERRIEN, Professeur agrégé.

Les Professeurs agrégés MOURE, BINET.

Les D^{rs} FLANDIN, ROUILLARD, FEUILLE, médecin des Hôpitaux.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE



L'AMYGDALECTOMIE SUB-TOTALE CHEZ L'ADULTE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

LES AMYGDALES PALATINES

Les **amygdales palatines** tiennent une grande place dans la littérature médicale. Il y a vingt siècles en effet que la question de l'ablation de ces organes est d'actualité.

Il s'agit de savoir si on doit pratiquer l'**amygdalectomie totale**, en attaquant la tonsille par sa capsule vasculo-conjonctive, adhérente, de façon à pratiquer une exérèse complète ou bien, *l'amygdalectomie partielle* qui consiste à enlever ce qu'on peut de l'amygdale en morcelant sa face libre en plein parenchyme ; opération qu'on a jusqu'à présent désignée par le mot **amygdalotomie**, terme impropre et que nous écarterons de notre terminologie. Quoique ce problème soit agité depuis deux mille ans il est loin d'être résolu, et il n'est pas d'auteur actuellement qui n'ait pris parti pour l'une ou l'autre des deux solutions envisagées. Aussi dans tous les Congrès d'oto-rhino-laryngologie qui se tiennent à travers le monde on voit

rompre des lances entre les partisans de ces deux techniques opératoires.

CELSE au début de notre ère ouvrit le débat en pratiquant une véritable amygdalectomie totale, il arrachait la tonsille avec son doigt recourbé en crochet lorsqu'elle était bien pédiculée et il se servait d'un scalpel pour la décoller lorsqu'elle adhérait à sa loge.

Cinquante ans après Jésus-Christ, AÉTIUS recommandait la même méthode. 634 ans après Jésus-Christ PAUL D'EGINE préconisait déjà l'ablation totale : il attirait la tonsille avec une erigne, et l'extirpait ensuite avec des bistouris courbés en sens contraire, un pour chaque côté. GILBERTUS ANGLICUS au XIII^e siècle pratiquait également l'opération radicale.

En 1509, AMBROISE PARÉ combattit l'amygdalectomie totale, et elle fit un plongeon dans l'oubli « *à la suite de désastres faciles à expliquer à cette époque où l'opération se pratiquait sans anesthésie et sans éclairage* » (1).

En 1734, VISEMAN pratiqua pour la première fois la réduction de l'amygdale avec un cautère, mais en 1738 MOSCATI reprend l'amygdalectomie totale au bistouri, et en 1757 CAQUÉ, chirurgien de l'hôpital de Reims, essaya l'opération complète avec des ciseaux.

DESAULT en 1801, BOYER en 1822 reprennent le bistouri boutonné et emploient la pince de museux ; CLOQUET et LOUIS, restent fidèles aux ciseaux. Ensuite nous retombons dans une période favorable à l'amygdalectomie partielle.

Ces fortunes diverses permettaient à de Saint-Germain

1. A. MOULONGUET. *Presse médicale*, 7 juillet 1923, p. 593.

de dire dans une leçon faite à l'hôpital de l'Enfant-Jésus :
« Messieurs, vous voyez qu'au milieu de ces phases diversés
l'ablation des amygdales tantôt admise, tantôt rejetée, on a
pour ainsi dire tourné dans le même cercle, sans rien pro-
duire de nouveau, jusqu'à une époque assez rapprochée de
nous ; l'opinion généralement adoptée aujourd'hui a été
émise pour la première fois par Aétius et le procédé que
je vous recommande ici n'est guère qu'une réédition de
celui de Paul d'Egine (1). »

Enfin disons qu'au début du xx^e siècle sous l'impulsion
des Américains FARLOW et SLUDER l'opération radicale
reparut dans la technique chirurgicale, et connut alors
une vogue invraisemblable : on la pratiqua à tort et à
travers, et pour toutes les maladies ; les revues médicales
d'outre-Atlantique lui accordaient la vertu de guérir les
affections les plus diverses, l'appendicite et le rhumatisme
entre autres. Naturellement il y eut une réaction, et les
partisans de l'amygdalectomie partielle, brandirent à nou-
veau le spectre des hémorragies foudroyantes devant les
défenseurs de l'opération radicale.

Actuellement les avis sont plus partagés que jamais. En
Angleterre, en Amérique, en Allemagne la plupart des
laryngologistes s'en tiennent à la totale. En France il y
a des partisans de chaque côté de la barricade. **Duthel-**
let de Lamothe, Vachet, Jacques, Moulonguet prô-
nent *l'amygdalectomie totale* **Moure, Cazejust, Laurens**
et **Mouret** sont d'un avis contraire.

On est en droit de s'inquiéter de la raison qui vaut à

1. DE SAINT-GERMAIN. Leçon citée dans les *Annales des maladies de
l'oreille*, t. XLIII, n° 7, 1924, p. 1.

l'amygdale l'honneur d'une discussion millénaire, en réalité l'explication est bien facile, car « *peu d'opérations nous valent autant de satisfaction et de reconnaissance que l'ablation des amygdales et tout perfectionnement de technique sur ce point demeure digne de fixer un instant notre attention* » (1).

C'est aussi notre avis et c'est pourquoi après avoir passé en revue toutes les méthodes proposées pour enlever les amygdales chez l'adulte, nous dirons les raisons qui nous font préférer la nôtre.

1. JACQUES. De la pratique de l'amygdalectomie, *Bulletins et mémoires de la Société française d'O.-R.-L.*, t. XXXIII, 1^{re} p., p. 88.

CHAPITRE II

INTRODUCTION

ANATOMIE

Pour ne plus avoir à y revenir traçons rapidement l'anatomie de l'**amygdale** minutieusement décrite par RIEFFEL (1) et DESCOMPS (2) et mise définitivement au point par le **professeur Sebileau** auquel nous empruntons une grande partie de cette description :

L'**amygdale** est assez étendue en hauteur et l'on peut dire que son **pôle supérieur** qui vient au contact du voile du palais appartient à la région de la face, et que son **pôle inférieur** qui descend le long du pharynx appartient à la région du cou.

A. — Capsule.

La face superficielle de la tonsille est libre, sa face profonde au contraire est enrobée dans une capsule fibro-élastique qui la fixe au pharynx par les prolongements qu'elle émet dans le tissu amygdalien. C'est le cloisonne-

1. RIEFFEL. Sur les rapports des amygdales avec les vaisseaux carotidiens. Steinheil, éd. 1922.

2. DESCOMPS, Anatomie de l'espace maxillo-amygdalien, *Thèse Paris*, 1908.

ment intime, qui donne au parenchyme de l'amygdale cette structure et cet aspect multilobulaire.

B. — Hile.

Cette demi-coque fibreuse par sa face convexe épouse la forme du muscle **amygdalo-glosse** dont elle est séparée par un plan celluleux qui représente à ce niveau l'**aponevrose interne du pharynx**.

Dans ce plan intermédiaire se trouvent :

a) LE PLEXUS VEINEUX.

b) LES ARTÈRES TONSILLAIRES venues de la linguale ;
de la pharyngienne inférieure ;
de la palatine supérieure ;
de la palatine inférieure (1).

c) LE PLEXUS NERVEUX venu du glosso-pharyngien et des nerfs palatins.

C'est à ce plan conjonctivo-vasculo nerveux, qu'on a donné le nom de **hile** de l'amygdale.

C. — Loge.

L'amygdale entourée de sa capsule se niche au fond de la **loge tonsillaire** qui offre à considérer :

1° Une **paroi antérieure**, constituée par le pilier antérieur du voile du palais dont la partie supérieure recouvre le pôle supérieur de l'amygdale. Ce pilier renferme le muscle **glosso-staphyllin**.

1. Il peut y avoir toutes ces artères ou seulement quelques-unes.

2° **Une paroi postérieure**, formée par le pilier postérieur du voile du palais ou bord libre du voile qui renferme dans son épaisseur les fibres du muscle **pharyngo-staphyllin**. Cette paroi déborde la paroi antérieure.

3° **Une paroi externe**, constituée par les mêmes plans que la paroi latérale du pharynx à savoir :

a) L'aponévrose pharyngienne en dedans ;

b) Le constricteur supérieur du pharynx en dehors, elle en est séparée par sa capsule.

4° **Une base**, formée sans transition par la gouttière glosso-pharyngienne et la paroi latérale du pharynx.

5° **Un sommet**, constitué par la rencontre des deux piliers du voile.

Recessus palatin.

Au-dessus de la loge se trouve un espace nommé **recessus palatin** (1) et qui a la forme d'un bonnet phrygien dont le fond est dirigé en haut et en arrière.

En réalité il semble que cet infundibulum n'est qu'un diverticule de la loge, car comme cette dernière, il est recouvert par une coque qui semble continuer sans transition la capsule amygdalienne.

Ce recessus en général est séparé de la loge tonsillaire par un étranglement qui a reçu le nom **d'additus**. Ce recessus palatin *« existe sur les deux tiers des sujets et il peut varier entre les dimensions d'un simple cul-de-sac de quelques millimètres, jusqu'à un vaste diverticule en doigt*

1. MOURET et CAZEJUST. Recherches anatomiques sur le recessus palatin, *Annales des maladies de l'oreille*, année 1924, p. 591.

de gant de deux centimètres de profondeur » (MOURET et CAZEJUST, loco citato).

Cette cavité répond au muscle glosso-staphyllin et pharyngo-staphyllin.

On comprend que le *pôle supérieur* visible de l'amygdale est surmonté d'une **portion intravelique** de la tonsille qui fait corps avec elle et qui se loge dans cette fosse supra-amygdalienne; quelquefois même la portion de tissu lymphoïde incluse dans le recessus simule une véritable amygdale abbérante ou supplémentaire sur laquelle on peut trouver une ou plusieurs cryptes. Cette portion de l'amygdale est tellement volumineuse parfois que la glande *« intravelique est de dimension plus grande que la glande libre dans la cavité oro-pharyngienne »*.

Rapports de la loge avec les vaisseaux.

Les deux carotides sont situées sur un plan postérieur par rapport à l'amygdale; de plus cette dernière est **intra-pharyngienne** tandis que les artères sont **extra-pharyngiennes**.

Divergentes depuis la grande corne de l'os hyoïde où se bifurque la **carotide primitive**, la **carotide externe** monte vers la face profonde de la parotide, et la **carotide interne** vers l'espace sous-parotidien postérieur (PROFESSEUR SEBILLEAU).

La *carotide interne* qui grimpe presque verticalement le long de la paroi pharyngée reste sensiblement **équidistante** de l'amygdale. Elle est en arrière et en dehors

de celle-ci à deux centimètres (17 à 25 millimètres selon les auteurs) environ. Ensuite elle se trouve derrière le pilier postérieur, et on peut la sentir à ce niveau ; quelquefois même on voit ses battements à travers la muqueuse, phénomènes qu'on a décrit sous le nom de **vaisseaux pulsatils du pharynx** (FARLOW) (1).

La carotide externe, elle au contraire se porte en dehors vers l'espace sous-parotidien postérieur et s'éloigne petit à petit de la paroi du pharynx ; c'est ce qui explique qu'elle est tout près, un peu en arrière, et en dedans du pôle inférieur de l'amygdale, et au contraire très loin et en dehors de son pôle supérieur (PROFESSEUR SEBILEAU).

A son origine l'artère carotide externe est sur le même plan frontal que l'interne mais très en avant d'elle.

C'est précisément là, dit le PROFESSEUR SEBILEAU, « qu'elle vient cette carotide externe, s'interposer en quelque sorte entre la carotide interne et l'extrémité inférieure de l'amygdale, un peu schématiquement on peut dire que la portion basse de l'amygdale est en rapport avec la carotide externe, et la portion haute avec la carotide interne » (2).

Dès lors il est bien facile de comprendre que c'est la *carotide interne* qu'on risque d'entamer au niveau du *pôle palatin* de l'amygdale et la *carotide externe* au niveau du *pôle hyoïdien*.

1. FARLOW. Eight cases of large pulsating artéries of the posterior wall of the pharynx, *Bost. Med. and surg. journ.*, 1890. vol. 63.

2. P. SEBILEAU. Les artères carotides et les hémorragies cataclysmiques au cours de l'amygdalectomie banale. *Bull. et mém. soc. de chir.* 26 janv. 1921.

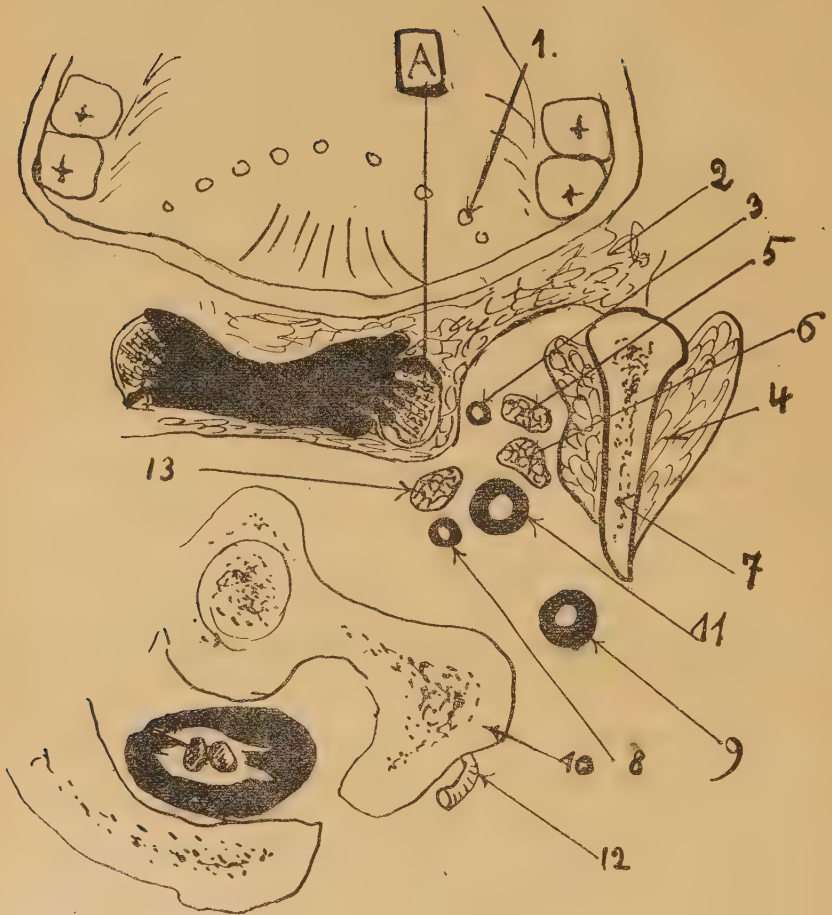


FIG. 1 (d'après le professeur SEBILEAU).

A. Pôle supérieur de l'amygdale. — 1. V. lingual. — 2. Contracteur supérieur. — 3. Vaisseaux palatin ascendants. — 4. Masseter. — 5. Stylo glosse. — 6. Stylo hyoïdien. — 7. Maxillaire inférieur. — 8. Vaisseaux pharyngiens ascendants. — 9. Carotide externe. — 10. Vertèbre — 11. Carotide interne, — 12. Artère vertébrale, — 13. Stylo pharyngien.

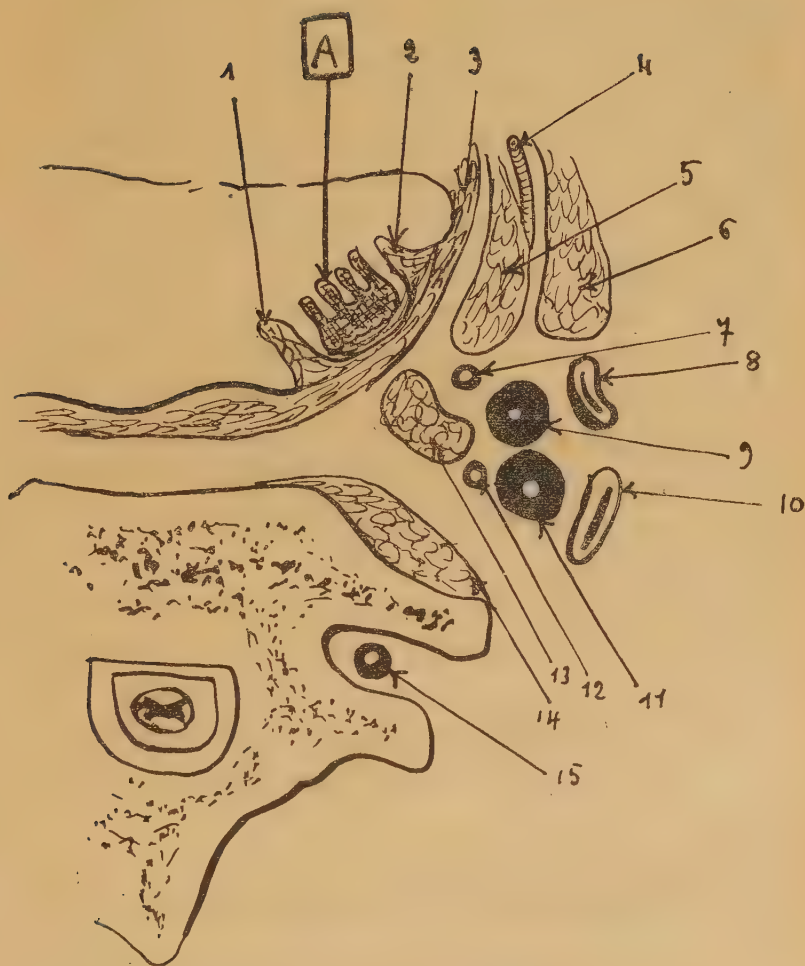


FIG. II (d'après le professeur SEBILEAU).

A. — Pôle inférieur de l'amygdale. — 1. Pilier postérieur. — 2. Pilier antérieur — 3. Constricteur. — 4. Artère linguale. — 5. Stylo glosse. — 6. Stylo hyoïdien et digastrique. — 7. Artère linguale. — 8. Veine carotide externe. — 9. A. Carotide externe. — 10. Veine jugulaire interne. — 11. A. Carotide interne. — 12. Artère faciale. — 13. Stylo pharyngien. — 14. Vertèbre. — 15. Artère vertébrale.

REIFFEL a mis en lumière (1) le fait que les muscles styliens s'interposent entre la carotide externe et le pôle inférieur de l'amygdale à la manière d'un rideau, mais les trois muscles (stylo-hyoïdien en dehors séparé du stylo-pharyngien en dedans par le stylo-glosse) qui composent cette séparation ménagent entre eux des interstices au nombre de trois, entre lesquels peuvent s'insinuer jusqu'au contact de l'amygdale, soit une branche de la carotide externe, soit une flexuosité de cette artère elle-même.

Par conséquent cette protection semble illusoire mais en réalité le pôle inférieur de l'amygdale à ce niveau, même lorsqu'il plonge très bas se trouve au large entre les piliers écartés de la loge amygdalienne et le tissu tonsillaire est facile à isoler. On ne risque pas de saisir en même temps la glande et le pilier.

Au contraire au pôle supérieur les piliers qui se rejoignent forment une sorte de capuchon qui adhère intimement à l'amygdale et il est plus facile de saisir d'un coup de pince l'un des piliers et l'amygdale, que cette dernière seulement ; et malheureusement la carotide interne n'est pas loin.

Rappelons cependant que TESTUT et JACOB dans l'édition de 1914 de leur TRAITÉ D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE disent : « Qu'on a pas à craindre de léser les vaisseaux (carotides) dans l'opération de l'amygdalotomie » (2) et que ZANGE (3)

1. REIFFEL. Sur les rapports de l'amygdale avec les vaisseaux. Steinheil, 1892.

2. TESTUT et JACOB. *Anatomie topographique*, p. 302, éd., 1914.

3. ZANGE. Société all. d'O.-R.-L., cité par *Annales des maladies de l'oreille*, t. XLIII, n° 1, janvier 1924, p. 90.

prétend que dans le cas de mort rapporté par le PROFESSEUR SEBILEAU c'est l'artère maxillaire externe qui a été lésée. Ces discussions prouvent qu'il est bien difficile de se faire une opinion sur l'interprétation de l'anatomie, néanmoins les conclusions du PROFESSEUR SEBILEAU (1) auquel a été empruntée la plus grande partie de ce travail font définitivement autorité sur la question. Cette longue digression anatomique n'a pour but que de mettre en valeur deux points essentiels : **le rôle du recessus palatin et le danger réel des hémorragies.**

1° Le rôle du recessus palatin.

ESCAT a signalé l'importance que le pôle supérieur de l'amygdale joue dans la pathogénie de l'angine. La région haute de la tonsille est enclavée dans une gaine resserée.

Admirable milieu de culture pour toute la flore microbienne bucco-pharyngée qui va pulluler et exalter sa virulence dans cette chambre trop abritée.

C'est d'une notion tellement banale que les **cavités closes favorisent l'éclosion** des germes que nous ne voulons pas insister sur cette particularité du recessus palatin.

D'autre part cette fossette supra-tonsillaire forme un **excellent clapier** pour les rétentions de pus au cours des péri-amygdalites.

1. P. SEBILEAU. *Bull. et mém. de la Société de chirurgie*. Paris, 26 janvier 1921.

Aussi actuellement on peut dire que toute intervention qui ne porte pas sur le pôle supérieur de l'amygdale est inopérante et que, *si la loge supra tonsillaire n'est pas ouverte l'intervention est pour ainsi dire inutile* (1).

2° Le danger des hémorragies.

Le PROFESSEUR SEBILEAU (2) dit : « *Il n'est pas possible d'entamer le tissu amygdalien sans provoquer une hémorragie* et il ajoute plus loin : *Tous les hommes de mon âge ont été élevés dans le respect de l'amygdale et dans la crainte de la carotide interne sa proche voisine.* »

Il faut immédiatement distinguer et placer à part les hémorragies **cataclysmiques** mortelles.

Elles proviennent de l'effraction de la paroi pharyngée, et surviennent lorsque le chirurgien sans s'en douter **mord avec son instrument plus loin que la capsule amygdalienne sur la paroi pharyngée et entame une des artères qui circule en dehors de cette dernière.**

A l'appui de nos affirmations le PROFESSEUR SEBILEAU cite huit cas de mort survenus au cours d'opérations amygdaliennes ; il s'agissait presque chaque fois d'une amygdalectomie totale et nous pouvons voir que dans les quatre seuls cas où l'autopsie a été pratiquée chaque

1. LE MÉR. Bull. trimestr. Société Belge d'O. de R. et de L. Discussion, n° 1, 24 février 1924.

2. Loco citato.

fois la **carotide interne** (1) **avait été lésée**, cela confirme ce que nous avons exposé au sujet du danger que le voisinage de cette artère fait courir à l'amygdale ; sur les quatre autres cas nous manquons de précision mais cependant il est intéressant de noter que sur les huit opérations deux avaient été faites ou parachevées au bistouri (2) (amygdalectomie totale) une avait été pratiquée à l'amygdalotome (3) (amygdalectomie totale), enfin deux autres avec la pince de Ruault (4) (amygdalectomie partielle).

Sur les trois autres interventions citées nous ne sommes pas fixés. Nous-mêmes avons recherché s'il n'avait pas été publié de nouveaux cas mortels depuis la communication du PROFESSEUR SEBILEAU mais il est probable comme disait SAINT-GERMAIN que « *les chirurgiens ne se montrent pas pressés de les signaler* » et nous n'avons découvert que les quatre observations relevées par BROWN KELLEY (5) dans une statistique donnée au cours d'une discussion à la BRITISH MEDICAL ASSOCIATION sur les hémorragies consécutives à l'amygdalectomie.

1. SEBILEAU. *Bull. et mém. de la société de chirurg. de Paris*, 26 janvier 1921.

Cas observé par BECLARD et rapporté par CLOQUET et VILAL DE CASSIS.

Cas rapporté par VERDENAL.

Cas communiqué par DESCOMPS.

Cas expertisé par le Pr. SEBILEAU.

Les quatre autres cas sont ceux rapportés par DEROUBAIX, LUCAS CHAMPIONNIÈRE, MARY et de SAINT-GERMAIN.

2. BECLARD rapporté par CLOQUET.

3. Cas rapporté par VERDENAL.

4. Cas rapporté par DESCOMPS et cas du Pr. SEBILEAU.

5. KELLEY. *Archives intern. laryng.*, t. II, 1923, p. 622.

En second lieu signalons les hémorragies généralement **parenchymateuses** et post-opératoires qui quelquefois deviennent une source d'inquiétude sérieuse pour l'opérateur.

FUST a signalé (1) un cas très grave qui fut suivi d'un collapsus qui mit les jours du malade en danger.

GEUZ (2) rapporte un cas personnel où il fut obligé de lier la carotide externe.

LEBOURÉ (3) a été obligé de lier cette dernière artère a l'occasion de trois opérations.

Enfin on cite dix cas d'hémorragies graves consécutives à l'amygdalectomie dans les cinq premiers volumes du JOURNAL OF LARYNGOLOGIE, et six dans le CENTRAL BLATT FÜR LARYNGOLOGIE 1887-1891.

Tous ces faits nous prouvent que l'exérèse des amygdales n'est pas sans risques et qu'il importe de trouver une technique opératoire qui donne complète satisfaction au malade au point de vue des résultats escomptés et qui le mette cependant à l'abri des dangers de l'intervention.

1. FUST. *Archives intern. laryng.*, t. II, 1923, p. 622.

2. GENZ. *Annales des maladies de l'oreille*, t. XIII, sept. 1923, p. 905.

3. LEBOURÉE. *Arch. intern. laryng.*, t. II, 1923, p. 622.

CHAPITRE III

DE L'AMYGDALECTOMIE TOTALE

Il faut spécifier qu'il n'y a qu'en France qu'on opère par cette méthode sur des malades dans la position assise et sous-anesthésie locale, les Anglais et les Américains ne connaissent que l'anesthésie générale et placent toujours leur sujet sur une table d'opération, sauf dans des cas exceptionnels.

Au milieu d'une infinité de techniques qui ont fait naître chacune des instruments spéciaux appropriés, nous en retiendrons les principales dont toutes les autres sont des variantes.

De l'amygdalectomie totale à l'anse chaude.

(LERMOYEZ, BOURGEOIS, décrite par JACQUES) (1).

JACQUES attire l'amygdale avec une pince solide et la pédiculise le plus possible, puis avec une anse chaude il sectionne la tonsille à la limite exacte du tissu lymphoïde et des muscles vélo-pharyngée (*il emploie l'anesthésie générale*).

1. JACQUES. De la pratique de l'amygdalectomie, *Bull. et mém. Société franc. d'O. R.-L.*, t. XXXIII, 2^e partie, p. 88.

Amygdalectomie de Vacher et Denis à l'anse froide (1).

Ces auteurs libèrent d'abord les adhérences avec la faux de Ruault ; ensuite ils placent l'anse autour d'une pince de Museux et saisissent l'amygdale avec cette dernière ; après ils procèdent de même pour l'autre côté ; puis place l'amygdale dans l'anse alternativement ils tournent la vis du serre-nœud et ils font en même temps l'exérèse des deux tonsilles qui tombent bientôt avec la pince fixée après.

Procédé américain.

Les auteurs américains commencent par libérer la glande avec des décolleurs et des spatules mousses et quelquefois avec le bistouri, ensuite ils achèvent l'exérèse avec l'anse froide (*anesthésie générale*).

Le D^r AUBIN dans le service du professeur agrégé LEMAITRE emploie un procédé analogue mais sous anesthésie locale.

Le pilier antérieur est sectionné avec une *faux de Ruault* ou des ciseaux, puis l'amygdale est libérée avec une spatule mousse et attirée avec une pince.

L'anse froide sectionne le pédicule.

1. VACHER et DENIS. Amygdalectomie totale et hémorragie post-opératoire, *Bull. et mém. Société franc. d'O.-R.-L.*, 1914, t. XXXI, 2^e partie, p. 105.

Le D^r de Kerangal pratique la torsion du pédicule (1).

1° Libération de l'amygdale avec une faux de Ruault en haut et en bas.

2° Énucléation de l'amygdale, la tonsille est engagée entre les mors d'une pince de Ruault, puis *on tord l'amygdale sur son pédicule* par quelques tours de pince jusqu'à ce que l'amygdale « *totalelement énucléée et presque sans hémorragie se détache avec la pince qui l'entraîne, laissant un pédicule bien tordu et une hémostase définitivement assurée* ».

Le procédé de Sluder.

Il consiste à faire pénétrer l'amygdale dans une amygdalotome et à sectionner.

Amygdalectomie du D^r A. Moulonguet (2) avec la curette.

a) Anesthésie locale;

b) Opération.

Premier Temps : Dégagement du pôle supérieur de l'amygdale avec le crochet d'Higghet.

1. DE KERANGAL. De l'amygdalectomie par énucléation et torsion du pédicule, *Arch. int.*, 1922, p. 961.

2. A. MOULONGUET. P. M. 7 juillet 1923, p. 595.

2° Temps : Incision de bas en haut de la muqueuse sur le pilier antérieur près de son bord libre au bistouri.

3° Temps : Découverte du plan de clivage avec la pince de Museux qui attire l'amygdale en dedans, la sonde cannelée de Nélaton cherche le plan de clivage.

4° Temps : Abaissement de l'amygdale avec la grosse curette de Wolkmann qui « constitue un excellent décolateur ».

5° Temps : Section de la muqueuse du pilier postérieur avec des ciseaux courbes.

6° Temps : Le serre-nœud achève l'opération.

La critique de ces méthodes est bien facile à faire car leurs différents auteurs ont déjà lutté pour le triomphe de leurs procédés respectifs et il n'y a qu'à reprendre les arguments qu'ils se sont lancés à la tête dans l'ardeur de leurs discussions au sein des Congrès.

Procédé à l'anse chaude.

VACHER et DENIS trouvent que la technique de JACQUES est difficile à exécuter parce qu'elle nécessite un outillage délicat, compliqué comme réglage car l'anse chaude selon l'intensité du courant peut occasionner par rayonnement des brûlures très graves et qu'enfin le chirurgien est à la merci d'une panne d'électricité, ce qui est toujours à considérer (1).

DUBAR est exactement du même avis.

1. DISCUSSION. *Bulletin et mémoire de la Société française d'O.-R.-L.*, t. XXXIII, 1^{re} partie, p. 93.

Méthode de l'anse froide.

LUC estime que la méthode à l'anse froide « *bien que mieux adaptée qu'aucune autre à diminuer le danger de l'hémorragie ne la supprime pas complètement.* »

LE PROFESSEUR MOURE trouve que « *le procédé qui consiste à pratiquer l'amygdalectomie (totale) est, ou peut être dangereux.* »

Méthode par torsion du pédicule.

Un seul mot suffit : l'amygdale n'a pas de pédicule à proprement parler.

Méthode au bistouri.

Il est certain que le procédé qui consiste à promener un bistouri le long du pilier postérieur comme le fait le Dr A. MOULONGUET n'est pas exempt de danger.

EN RÉSUMÉ

Quels sont les arguments des partisans de l'amygdalectomie totale ?

« *Il faut enlever les amygdales malades dans leur totalité* » (1) dit VACHER.

JACQUES (2) estime « *que toute amygdale grosse ou petite*

1. VACHER et DENIS. *Bull. et mém. Société française O.-R.-L.*, 1914, p. 105.

2. JACQUES. De la pratique de l'amygdalectomie totale. *Bull. et mém. de la Société franç. d'O.-R.-L.*, 1^{re} partie, t. XXXIII, p. 88.

qui donne lieu à des fluxions réitérées ou phlegmoneuses est un organe infecté, une menace pour l'organisme dont la suppression radicale s'impose dès que les circonstances permettront de l'effectuer et il ajoute : Je ne connais pas d'observation probante de troubles permanents consécutifs à une amygdalectomie bien faite, j'en sais mille où la santé générale a manifestement bénéficié d'une complète ablation. »

DUTHEILLET DE LAMOTHE (1), affirme « qu'hormis le cas d'amygdales gênantes uniquement par leur volume (enfants) seule l'exérèse totale met à l'abri des accidents infectieux à point de départ amygdalien, que les accidents soient locaux, ou intéressent l'état général. »

Mais pourquoi enlever la totalité de la glande ? Pour **trois raisons principales** répondent les partisans de l'opération radicale :

1° Parce que la tonsille est un organe **inutile au point de vue physiologique** et les prétendues théories qui en font une barrière contre l'infection ne sont pas probantes ni étayées sur des faits cliniques.

2° Parce que l'amygdale est le plus souvent le **siège d'angine d'abcès à répétition, de phlegmons même** et que si on intervient, autant enlever toutes les chances de récidives en supprimant le corps du délit en entier.

3° **La tonsille joue un rôle dans les maladies générales**, la scarlatine, la néphrite, le rhumatisme par exem-

1. DUTHEILLET DE LAMOTHE. Contribution à l'étude de la chirurgie de l'amygdale, *Journal de chir.*, oct., 1921.

ple et cela pour le plus grand dommage de l'organisme.

A ces trois arguments les partisans de l'opération partielle ont opposé les réponses suivantes :

1° L'amygdalectomie totale est **inutile** car comme le dit le Dr LE MÉE « *on n'enlève pas une amygdale histologiquement parlant* » et si théoriquement on croit tout extirper en réalité comme on est toujours exposé à oublier un fragment de tissu lymphoïde au cours de l'opération l'intervention radicale devient illusoire.

2° L'amygdalectomie totale ne met pas toujours l'opéré à l'abri des **récidives**.

3° Si l'utilité de l'anneau de VALDEYER n'est pas prouvée son **inutilité** ne l'est pas non plus.

4° Ensuite on ne saurait « *considérer les amygdales comme des tumeurs malignes qu'il faut enlever dans leurs extrêmes limites, il s'agit de glandes normales, qu'il suffit généralement de diminuer mais non de supprimer* » (PROFESSEUR MOURE)(1) et certains auteurs comme H.-L. SWAIN affirment que le morcellement donne des résultats aussi bons que l'amygdalectomie totale (2).

5° Elle nécessite le plus souvent l'**anesthésie générale**.

6° Elle est **douloureuse** car le tiraillement de l'anse est plus pénible que le morcellement, et la surface cruentée étant plus étendue la dysphagie qui en résulte est plus

1. DISCUSSION. Bull. et mém. de la Société franç. d'O.-R.-L., 1914, t. XXXI, 2^e partie, p. 105.

2. Annales of otologie, t. XXX, 1921, n° 4, p. 979.

intense. Elle expose l'opéré à des **cicatrices vicieuses**, à des adhérences du voile et des piliers et à des **synéchies vélo-palatines** qui peuvent entraîner des troubles vocaux ou des troubles auditifs dont on a mainte preuve (NARSK) (1).

7° Elle est **mutilante** et offre le danger de **complications infectieuses ou septicémiques**, car comme dit HASTINGS, « *l'amygdale de l'adulte est toujours infectée* ». De plus on intervient sur des plans plus profonds et partant plus vulnérables (2).

8° Elle nécessite une grande **quantité d'instruments**, onze ou douze en moyenne.

9° La **cicatrisation est lente** (3), « *l'alimentation normale peut être reprise au dixième jour* » (MOULONGUET).

10° Enfin elle est **dangereuse** car elle provoque une **hémorragie tardive vers la 4^e heure** environ lorsque les vaisseaux du hile amygdalien qui ont été resserrés par l'anse ou par l'adrénalo-cocaïne commencent à se dilater de nouveau. A ce moment le chirurgien n'est plus là pour intervenir. LUC cite le cas suivant : « *l'opéré quitta ma clinique au bout d'une heure ne présentant aucun signe de perte de sang et la nuit même survint une hémorragie qui faillit l'emporter* » (4).

1. NARSK. Résultats de l'amydalectomie, cité *Annales des maladies de l'oreille*, t. XLII, n° 4, ann. 1923, p. 444.

2. BROWN KELLY signale des abcès du pöumon qui dans un cas nécessitèrent une réaction costale. Voir *Archives*, mai 1922, t. II, p. 622.

3. A. MOULONGUET. P. M. 17 juillet.

4. DISCUSSION. *Bull. et mém. Société franç. d'O.-R.-L.* Congrès 1914, t. XXXI, 2^e partie, p. 105.

Et le plus drôle c'est que ce sont les partisans les plus irréductibles de l'amygdalectomie totale qui nous conjurent de ne pas l'employer, car ils en connaissent mieux que quiconque tous les dangers ; il est au moins curieux notamment de voir Vacher nous dire : « *Il est nécessaire de rester toujours en tissu amygdalien et de n'entamer ni les piliers, ni les parois de la loge amygdalienne* » (1). Le D^r JACQUES pense de même et il s'attire dans le feu d'une discussion cette remarque du PROFESSEUR MOURE partisan passionné de l'opération partielle : « *Monsieur JACQUES vient de faire amende honorable puisqu'il conseille de tailler non pas dans le fond de la loge mais dans le tissu amygdalien* » (1).

Le D^r A. MOULONGUET de son côté nous prévient aimablement que *le seul accident que l'observe parfois est l'hémorragie secondaire* (2).

HIERMANN (3) lui avoue fort honnêtement qu'il avait **une hémorragie sur trois ou quatre tonsillectomies**. Nous avons vu plus haut qu'il n'est pas le seul à avoir observé des accidents de ce genre sans compter que comme le dit le PROFESSEUR MOURE *tous les accidents observés n'ont pas été publiés* (1).

Du reste les partisans de l'opération radicale ont apporté chacun leur contribution à la prophylaxie ou au traitement des hémorragies.

Le D^r LUC pratique la **suture préventive** des piliers (1).

1. MOURE. Discussion. *Bull. et mém., Société franc. d'O.-R.-L.*, 1914, t. XXXI, 2^{me} partie, p. 105.

2. MOULONGUET. P. M. 7 juillet 1923, p. 595.

3. HIERMANN. Cité *Annales*, avril 1923, t. XLII, n° 4, p. 444.

LIEBERMANN (1) a imaginé une sorte de **révolver porte compresse** qui déroule une mèche de gaze par un jeu de levier pour parer aux inconvénients des tampons montés rendus si vite inutilisables par l'abondance du sang, et il a inventé un instrument spécial qui saisit les vaisseaux pour les ligaturer.

KILLIAN affirme que pour « *supprimer une hémorragie après tonsillectomie ou pour l'empêcher il est recommandable d'appliquer deux à trois fils de soie après chaque tonsillectomie* » et il ajoute : *Depuis que je suis le conseil de mon ami Lautenschlager je n'ai plus d'hémorragies secondaires* » (2).

KAHN (3) propose de placer à l'aide d'un fil une **éponge dans la loge vide** et si cela ne suffit pas de lier la carotide.

HIERMANN (4) emploie prophylactiquement des **injections de gélatine**.

DE KERANGAL (5) en fait autant et de plus garde les malades chez lui pendant trois heures.

KELEMAN (6) à l'instar d'HERSLEY arrête les hémorragies en appuyant sur la partie saignante **un morceau de l'amygdale enlevée**.

1. LIEBERMAN. Cité *Annales*, t. XLIII, mars 1924, p. 296.

2. LAUTENSCHLAGER. Hémostase après tonsillectomie, *Zeitsch f. Hals*, etc. t. V, n° 2. cité *Annales*, t. XLIII n° 3 mars 1924.

3. KAHN. *Medical Record*, 24 sept. 1921.

4. HIERMANN. *Zeitsch f. Laryng.*, t. X n° 2, cité *Ann.*, p. 444, t. XLII, n° 4. avril 1923.

5. DE KERANGAL. *Arch. Int. de Laryng.*, 1922, p. 961.

6. KELEMAN. *Zeitsch f. Hals*, t. IV, n° 3.

TILLEY (1) lie la branche amygdalienne de la palatine ascendante.

IRWING MOORE (2) par mesure de précaution préfère la suture temporaire des piliers.

MAKENZIE (3) emploie le **clamps de Watson-William**.

Ajoutons à tous les moyens le **compresseur amygdalien de Boisviel**, les **agrafes de Michel** adaptées à la suture des piliers les **injections médicales d'anthéma** de sérums divers et nous aurons cité la plupart des moyens d'arrêter le sang, que la crainte des hémorragies a fait germer dans le cerveau des Laryngologistes , à moins que ce ne soient les hémorragies elles-mêmes !

Disons encore un mot. NARSK (4) qui pratique l'amygdalectomie totale avoue que sur 197 opérés par la même technique :

8 n'avaient obtenu aucun résultat,

9 des résultats médiocres,

3 n'étaient pas guéris,

3 se plaignaient de modifications de la vie chantée et parlée.

Dans ces conditions on voit que la méthode idéale n'est pas l'amygdalectomie totale puisque :

1^o Elle peut causer des hémorragies tardives graves parfois mortelles survenant quelques heures après l'opération.

1. TILLEY. *Arch.*, t. II, 1922, p. 623.

2. IRWING MOORE. *Arch. Int. Laryng.*, t. II, 1922, p. 623-624.

3. MAKENZIE. *Arch. Int. Laryng.*, t. II, 1922, p. 625.

4. NARSK. Cité *Annales des maladies de l'oreille*, t. XLII, année 1923, p. 444.

2^o Elle ne peut pour compenser ce danger mettre en balance les résultats définitifs à son action puisque des récidives des affections pour lesquelles on était intervenu ont été observées par tous les opérateurs consciencieux.

CHAPITRE IV

DE L'AMYGDALECTOMIE PARTIELLE

La méthode idéale serait-elle ce que jusqu'à présent on a improprement appelé l'**amygdalotome**. « *Elle suffit dans l'immense majorité des cas* (1) », dit CANUYT.

« *C'est une bonne opération dans la généralité des cas* », dit GEORGES LAURENS et il ajoute: « *Il n'est pas besoin de recourir à une véritable castration glandulaire* » (2). En réalité cette opération est **insuffisante** et de plus nous avons vu que la **pince de Ruault** maniée maladroitement ne met pas l'opérateur à l'abri des **hémorragies foudroyantes** (3), il est vrai que les hémorragies récidivantes ou tardives sont supprimées et en somme au point de vue pratique c'est ce qui nous intéresse le plus.

Mais d'autre part nous avons vu toute l'importance qu'il faut accorder au recessus palatin dans notre exposé anatomique.

Bien des auteurs ont cherché dans le recessus le remède pour limiter les risques de son intervention et augmenter son efficacité.

1. CANUYT. *Anesthésie locale et régionale en O.-R.-L.*, 1 vol. Doin, éd., p. 17.

2. LAURENS. *Chirurgie de l'oreille, du nez et du larynx*, 1 vol. Ed. Masson, p. 693.

3. SEBILHAU. *Loco citato*.

KILLIAN a montré le premier que c'est dans cette fosse supra-tonsillaire què prennent naissance les abcès péri-amygdaliens et déjà en 1897 il conseillait d'ouvrir les phlegmons de l'amygdale en introduisant une sonde dans la loge sus-amygdalienne.

En 1912 RICARDO BOTEY faisait les mêmes constatations.

En 1921 MOUREY et CAZEJUST (1) publiaient un premier article sur l'anatomie du recessus palatin.

En mars 1923 BOURRACK (2) (de Charkoff) disait à la fin d'un article : « *Il faut avoir l'attention particulièrement attirée au pôle supérieur de l'amygdale qui parfois s'étend loin dans le voile du palais.* »

Enfin en septembre 1923 paraissait un travail capital de MOUREY et CAZEJUST (3) sur la question dans les ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE et dont la conclusion était : « *Toute intervention lymphoclastique qui ne porte pas sur le pôle supérieur de l'amygdale est incomplète et inopérante.* »

A la suite de ces diverses communications et travaux, ceux des laryngologistes qui jusque-là s'en étaient tenus au banal morcelleur employèrent ce procédé et virent qu'il ne comportait ni danger ni suites opératoires tout en restant beaucoup plus efficace que la banale amygdaléctomie.

Le 24 février 1924 VAN CANEGHEM put écrire qu'il « *n'avait jamais constaté que ce fût l'extrémité supérieure de la*

1. MOUREY et CAZEJUST. Recherches anatomiques sur le recessus palatin et le pôle supérieur de l'amygdale *Annales*, année 1921, p. 591.

2. BOURRACK. Mars 1923. *Archives Int.*, t. II, p. 306.

3. MOUREY et CAZEJUST. *Annales*. T. XLII, n° 9, sept. 1923, p. 845.

plaie qui saignât » (1) et le PROFESSEUR MOURE qui pourtant reste toujours partisan de l'opération limitée fait des réserves en ce qui concerne l'évidement complet du pôle supérieur.

Dans ces conditions à quelle conclusion allons-nous nous arrêter ?

Devons-nous faire nôtre l'AMYGDALECTOMIE TOTALE malgré toutes les critiques justifiées qu'elle comporte ?

Allons-nous employer l'AMYGDALECTOMIE PARTIELLE notoirement insuffisante.

Allons-nous nous ranger dans la catégorie des derniers venus qui ajoutent à l'amygdalectomie partielle l'ouverture et l'évidement du **recessus palatin** ?

Certainement cette dernière méthode est la plus séduisante des trois proposées.

Malheureusement ni le PROFESSEUR MOURET, ni le D^r MAGNAN auquel il a inspiré une *thèse* récente (2) sur « *l'exérèse du pôle supérieur de l'amygdale palatine par l'ouverture du recessus palatin* » n'ont donné une **méthode complète**. Ils se sont bornés à poser des indications et laissent volontairement (une fois le recessus ouvert selon leur procédé) le lecteur libre de se servir de ses instruments propres et de sa technique opératoire selon qu'il est partisan de l'amygdalectomie totale ou de l'amygdalectomie partielle.

Nous irons plus loin et nous prendrons nettement position contre *l'amygdalectomie totale* sans toutefois conclure à *l'amygdalectomie banale*. Nous avons surabondamment

1. VAN CANEGHEM. *Bull. trimestriel. Société Belge d'O. de R. et de L.*, fév. 1924, n^o 1.

2. D^r MAGNAN. *Thèse Paris*, juillet 1924.

énuméré et d'autres plus qualifiés que nous ont prouvé les inconvénients que comporte l'opération radicale. De plus il ne fait actuellement de doute pour personne même pour les partisans les plus convaincus de la timide et ancienne amygdalotomie que cette dernière est nettement insuffisante.

Nous avons très soigneusement relevé presque tout ce qui a été dit sur la question depuis 1914. Nous avons pu voir au cours de cet exposé discuter librement et quelquefois passionnément sur ce sujet de très éminents spécialistes qui ont apporté chacun d'excellents arguments en faveur de leurs opinions personnelles, basées sur leur pratique journalière.

Nous avons vu qu'on n'enlève pas une amygdale histologiquement parlant, mais que d'autre part il faut en enlever le plus possible.

Que cette intervention bénigne en soi ne doit pas comporter de suites longues et pénibles ni laisser de troubles vocaux, mais qu'il faut cependant diminuer au maximum les chances de récidives de l'affection pour laquelle on a opéré (périamygdalite).

Aussi pour rester d'accord avec nous-même, nous nous arrêterons à cette proposition **ni trop ni trop peu** et nous préconiserons une méthode simple, facile, pratique, inoffensive et pourtant suffisante, que nous appellerons l'**amygdalectomie sub-totale** et dont nous donnerons une description très détaillée.

Loin de nous la prétentieuse idée que nous allons ranger sur notre étendard les opinions les plus contradictoires.

Cependant nous sommes convaincu que l'impartialité avec laquelle nous avons exposé les faits permettra à tous ceux qui ont suivi le développement logique de notre raisonnement et qui n'ont pas encore d'opinion personnelle sur la question de s'en faire une et de se rallier à notre thèse.

CHAPITRE V

INDICATIONS OPÉRATOIRES

On est en droit d'intervenir chaque fois que l'on aura affaire à un sujet présentant :

a) Des infections locales :

Des amygdalites à répétition, des angines inguérissables ;

Des phlegmons péri-tonsillaires ;

Des amygdales cryptiques ;

Des troubles otiques.

b) Des perturbations de l'état général :

Des accidents trachéo-laryngés ;

Des rhumatismes articulaires.

CONTRE-INDICATIONS

On évitera l'opération en présence d'un malade âgé, notoirement atteint d'hémophilie ou atteint d'une poussée inflammatoire aiguë, la période menstruelle sera également une condition de non intervention.

CHAPITRE VI

AMYGDALECTOMIE SUB-TOTALE

Nous donnons le nom de sub-totale à une amygdalectomie qui consiste à évider le plus possible la loge amygdalienne et qui, sans être totale au sens propre du mot, tente de se rapprocher au maximum de l'opération radicale sans en présenter ni les inconvénients ni les dangers grâce à l'emploi d'instruments inoffensifs et peu mutilants.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1^o Anesthésie.

Le mode d'anesthésie de choix est l'anesthésie locale à la novocaïne à 1 p. 200, nous rejetons l'anesthésie générale comme disproportionnée à l'importance de l'opération, sauf pour certains cas exceptionnels, lorsque par exemple on aura affaire à des malades pusillanimes.

Le mélange de Bonain préconisé par de nombreux auteurs entre autres le Dr de Kérangal est d'un emploi délicat et peut occasionner des escharres graves. L'anesthésie par voie externe n'a pas encore fait ses preuves.

Premier Temps. — BADIGEONNAGE.

Nous employons de la cocaïne au 1/10 pour effectuer un badigeonnage soigné des piliers, et de l'amygdale ainsi

que de la luette et de la base de la langue à l'aide de tampons montés. Il faut procéder avec beaucoup de soin si on veut abolir les réflexes si gênants au cours de l'intervention, dans l'exécution de ce premier temps, car bien souvent c'est de lui que dépend le calme du patient et le succès de l'opération, aussi on ne négligera pas de passer les tampons dans les cryptes et dans les replis muqueux. Au besoin on peut faire avec de la novocaïne à 1 p. 200 une piqûre sous la muqueuse de la base de la langue. Une ou deux minutes après on procédera au :

2^e Temps. — CONSACRÉ A L'INFILTRATION DES PILIERS.

On emploie de la novocaïne à 1 p. 200 sans adrénaline. Car cette dernière resserre momentanément l'orifice des vaisseaux et lorsque son action a disparu il survient des hémorragies graves parce qu'elles restent ignorées.

a) On injecte à l'aide d'une bonne seringue une forte dose de la solution, en haut à l'union du pilier antérieur et du pilier postérieur, en bas à la base du pilier antérieur, si possible on fera une troisième injection à la base du pilier postérieur. « *Ces injections font saillir l'amygdale vers la cavité buccale en l'énucléant de sa loge ce qui facilite l'intervention* (1) » selon Canuyt.

3^e Temps. — INFILTRATION DE L'AMYGDALE.

Si l'on veut que le liquide anesthésique reste dans le tissu lymphoïde et qu'il atteigne les filets nerveux sensitifs, il faut pousser l'injection assez profondément ; car si l'aiguille reste à la surface la novocaïne s'échappera

1. CANUYT. *Anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie*, Doin 1920.

par les cryptes amygdaliennes et n'atteindra pas les filets nerveux sensitifs, vaisseaux du glosso-pharyngien qui pénètrent dans l'amygdale par sa face profonde ou hile.

Il faut donc piquer la base de l'amygdale et enfoncer la pointe à deux centimètres environ de profondeur vers le haut et en dehors (Canuyt). Ensuite après s'être assuré que l'on n'est pas dans un vaisseau en aspirant légèrement, avec le piston de la seringue on doit pousser l'injection à fond et on réalise ainsi le blocage de l'amygdale par les piliers qui la refoulent, et l'anesthésie complète de la région (Canuyt).

Ensuite et c'est indispensable il faut attendre dix minutes avant de commencer et faire étendre le malade.

Le sujet sera placé dans un fauteuil spécial et maintenu par un aide.

INSTRUMENTATION

1 ABAISSE-LANGUE solide, coudé à angle droit.

1 PAIRE DE CISEAUX COUDÉS à angle droit pour le pilier
ou un STRUYCKEN coudé à 45°.

1 PINCE EMPORTE-PIÈCE DE HARTMANN n°

1 PINCE DE MUSEUX.

1 PINCE DE RUALT (facultative).

OPÉRATION

On éclaire avec le miroir de Clar l'amygdale à opérer puis on place l'abaisse-langue.

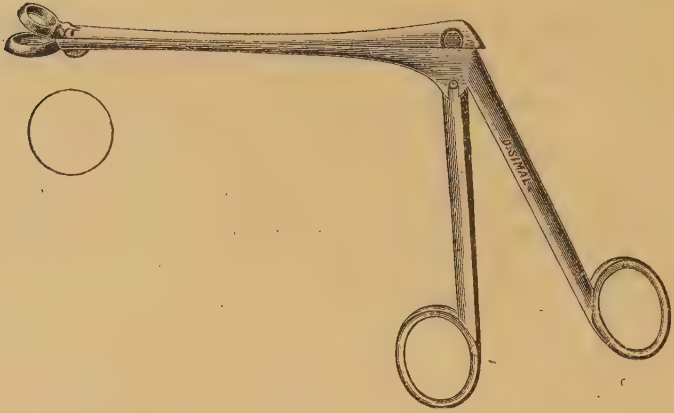


FIG. 3. — Pince de Hartmann.

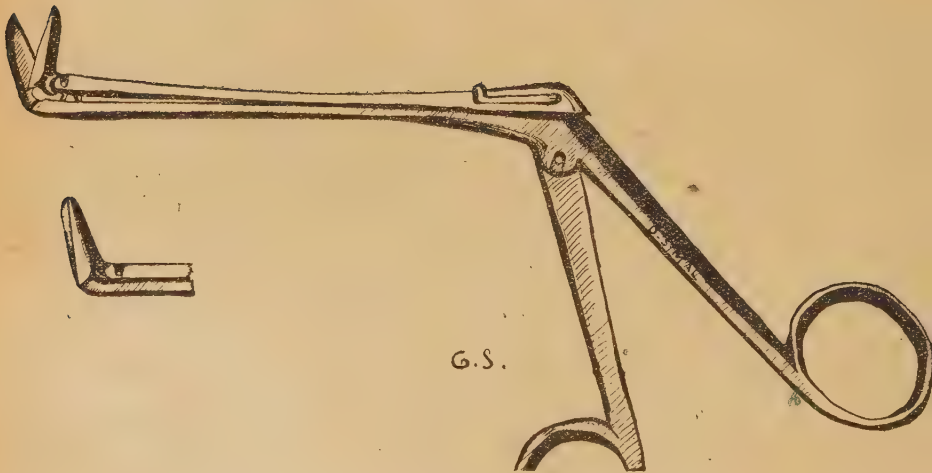


FIG. 4. — Ciseaux employés par Buneau et Wisner
pour dégager le pôle supérieur.

PREMIER TEMPS

On introduit ouverts les ciseaux coudés et on place la branche postérieure coupante derrière le sommet du pilier antérieur dans le sens des fibres musculaires en fai-



FIG. 5. — Direction de la section du pilier antérieur.

sant légèrement saillir celui-ci avec le bec de l'instrument, de façon à bien voir le trajet de la section qui va ouvrir le recessus palatin. Ceci fait d'un coup sec on sectionne les fibres du pharyngo-staphilin et du glosso-staphylin à leur point de rencontre, aussitôt ils s'écartent laissant à nu la portion intravelique de l'amygdale.

2^e TEMPS

On saisit le pôle supérieur de l'amygdale avec la pince de Museux, et on l'attire en bas par des légères tractions



FIG. 6. — Les ciseaux coudés sont introduits de façon à faire saillir le pilier antérieur. On va sectionner sur le bec de l'instrument.

de façon à le décoller le plus possible sans toutefois le déchirer.

3^e TEMPS

On se trouve alors en présence d'une amygdale bien dégagée dans sa loge grande ouverte.

On prend la pince de Hartmann et on sectionne la tonsille par petites prises successives, entre chaque prise on laisse le malade cracher tranquillement, sans s'énervé,

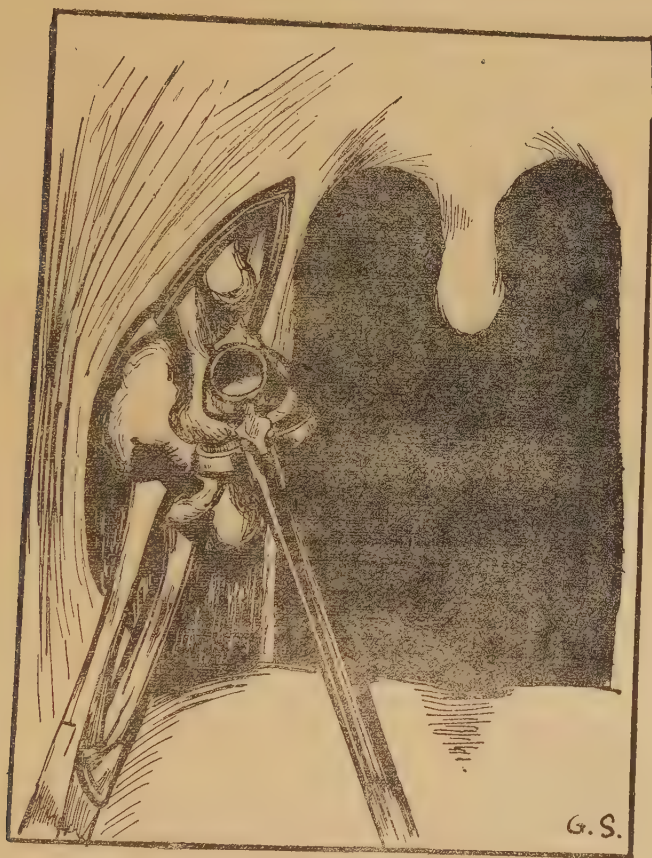


FIG. 7. — Le recessus palatin est ouvert.
La pince de Hartmann entre en action.

de façon que bien à son aise il ne gêne pas l'opérateur, et petit à petit on avance sur le plan profond **en sculptant** pour ainsi dire le tissu lymphoïde. Bientôt il ne reste plus que des débris d'amygdale qui tapissent le fond

de la loge évidée. La pince de Hartmann grâce à son faible volume pénètre alors dans le recessus et dans les recoins de la loge et réduit les derniers vestiges de l'amygdale.

Si on a soin de tenir la pince bien horizontale, comme

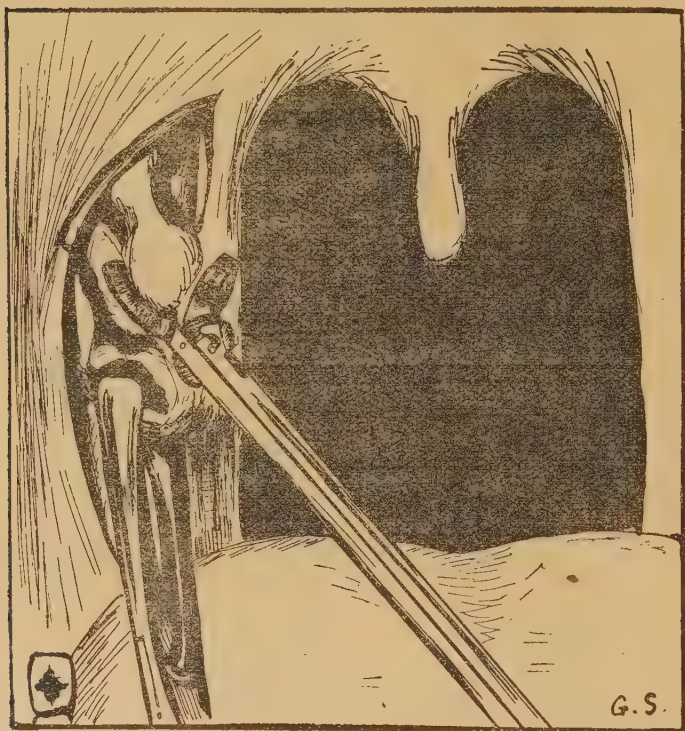


FIG. 8. — La pince de Museux tire en bas le pôle supérieur de l'amygdale que la pince de Hartmann va réduire.

cette dernière repousse les tissus par son anneau ce qui l'empêche d'entamer le pilier postérieur d'une façon absolue, et comme elle abrase tout ce qui dépasse, on peut faire un nettoyage de la loge presque aussi complet que par l'amygdalectomie totale.

Si au contraire on ne veut pas aller trop loin on peut laisser dans le fond de la loge un matelas de tissu amygdalien qui protège le pilier postérieur.

Lorsque l'opération est terminée d'un côté, on procède de même pour l'autre ; et lorsqu'on a terminé l'intervention, il ne reste plus rien dans la loge.

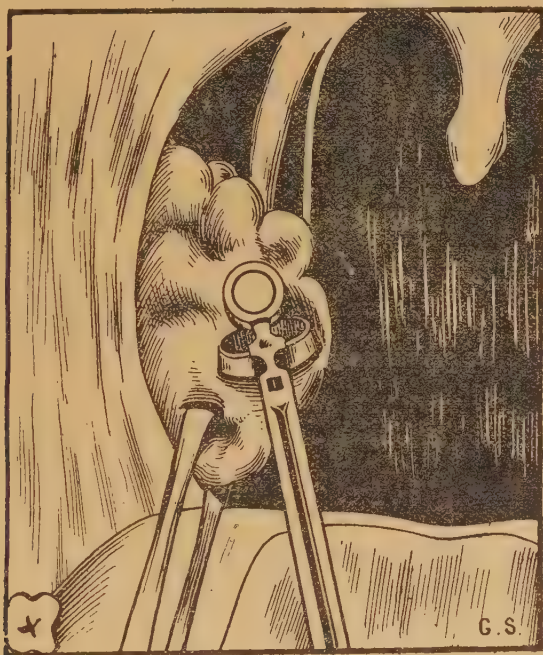


FIG. 9. — Grosse amygdale, il est préférable de commencer l'opération avec la pince de Ruault.

L'aspect de la gorge est le même qu'après une amygdaléctomie totale mais à aucun moment le patient n'a couru un danger quelconque car il est matériellement impossible de mordre avec la pince de Hartmann, autre chose que ce qui fait saillie en avant du pilier postérieur.

Variantes.

Si on a affaire à de très grosses amygdales on peut abrégér l'opération en donnant de chaque côté un coup de pince de Ruault, qui réduit l'amygdale en bloc et on termine avec la pince de Hartmann.

Si besoin est avec les ciseaux retournés on sectionne le repli de His.

De même on peut remplacer les ciseaux coudés par un struycken coudé à angle droit.

Soins consécutifs.

Il est utile avant de renvoyer le malade de s'assurer que rien ne saigne dans sa bouche ; pour cela on tamponne les loges amygdaliennes avec un peu d'eau oxygénée, qui nettoie le champ opératoire suffisamment pour qu'une petite hémorragie ne puisse passer inaperçue.

Puis pendant deux heures on a conseillé à l'opéré de sucer de la glace et d'absorber des boissons froides.

Suites opératoires.

Il n'y a pour ainsi dire pas de suites opératoires.

Le malade souffre un peu et accuse une sensation d'angine qui disparaît au bout de vingt-quatre heures.

Le surlendemain de l'opération il peut s'alimenter normalement.

La suture du voile s'opère en trois jours sans laisser de trace.

COMPLICATIONS

Si par hasard survenait une hémorragie légère, nous préconisons le moyen suivant :

On tamponne la loge amygdalienne avec un peu de gaze qu'on laisse dans la loge ; puis par-dessus la gaze, à l'aide d'une **pince à agrafe de Michel modifiée pour le pharynx**, on procède à la suture du pilier.

Pour cela on accroche le pilier postérieur avec une des pointes de l'agrafe ; ensuite on ramène le pilier antérieur accroché avec la pointe opposée au contact du pilier postérieur et on ferme l'agrafe qui maintient l'adhérence des deux piliers, une seule agrafe suffit de chaque côté, et on les laisse en place pendant vingt-quatre heures.

STATISTIQUE

Disons que sur des centaines de cas que nous avons opérés ou vu opérer à l'aide de ce procédé, jamais nous n'avons observé d'hémorragies immédiates ou tardives, de paralysies post-opératoires, de cicatrices vicieuses ou de troubles de la voix. Cette technique nous a toujours donné pleine satisfaction à l'égard des résultats escomptés.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

On peut presque toujours chez l'adulte pratiquer l'**amygdalectomie sub-totale** que nous avons décrite, car elle présente comme avantages :

1° De soustraire le malade aux risques **d'hémorragie tardive**, qui survient en l'absence du chirurgien lorsque les vaisseaux qui ont été momentanément resserrés par l'instrument ou l'adrénaline se dilatent à nouveau et reprennent leur calibre normal.

2° D'éviter au malade la **blessure d'une grosse artère** grâce à la forme inoffensive de la pince d'Hartmann.

3° De faire échapper le malade à de **longues suites opératoires**, l'alimentation normale pouvant être reprise trois ou quatre jours après l'intervention.

4° De ne pas l'exposer à des **cicatrices douloureuses ou vicieuses**.

5° D'être aussi **complète matériellement et physiologiquement** qu'une amygdalectomie totale car elle ne

laisse guère plus de tissu amygdalien que l'opération radicale.

6° D'être **facile à pratiquer** car elle ne nécessite qu'une technique très simplifiée et un petit nombre d'instruments.

Donc nous préférons l'**amygdalectomie sub-totale** chaque fois qu'elle sera réalisable, c'est-à-dire dans presque tous les cas, à toute autre intervention, dangereuse comme l'amygdalectomie totale, ou incomplète comme l'amygdalectomie partielle.

Vu : le Président de la thèse,

P. SEBILEAU

Vu : le Doyen,

G. ROGER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

1. **Aubriot.** — HÉMORRAGIES SPONTANÉES A RÉPÉTITION CONSÉCUTIVES A UN PHLEGMON DE L'AMYGDALE. *Annales des Maladies de l'oreille*, année 1921, page 508.
2. **Barton (C. A. H.).** — DE L'INFLUENCE DE L'ANESTHÉSIE DANS LES OPÉRATIONS SUR LES AMYGDALES. *Méd. ass. sect. R. L.*, juillet 1921, cité *Arch. Int. de Laryng.*, 1922, t. II, p. 623.
3. **Beck.** — EXAMEN HISTOLOGIQUE CONCERNANT LE MODE DE GUÉRISON APRÈS TONSILLECTOMIE. *Soc. all. d'O.-R.-L.*, 3^e réunion annuelle, 17 mai 1923. Compte rendu cité *Ann. des Maladies de l'oreille*, n° 1, t. XLIII, janv. 1924, p. 88.
4. **Botey (Ricardo).** — *Arch. Int. de Laryng.*, 1912, article.
5. **Bourrack.** — A PROPOS DE LA FONCTION DES AMYGDALES DANS SES RAPPORTS AVEC L'AMYGDALECTOMIE. *Arch. Int. de Laryng.*, t. II, 1923, p. 297.
6. **Bourgeois.** — PRÉCIS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE, t. II, p. 508, Masson éd., 1914.
7. **Boyer.** — TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES, t. VI, Mignot éd. Paris, 1822.
8. **Brown Kelley.** — STATISTIQUE DES CAS GRAVES D'HÉMORRAGIE A LA SUITE D'INTERVENTIONS AMYGDALIENNES. *British Medical ass.*, Congrès de juillet 1921, cité dans *Arch. Int. de Laryng.*, année 1922, t. II, p. 623.
9. **Canuyt et Rozier.** — ANESTHÉSIE RÉGIONALE ET LOCALE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. 1 vol. chez Doin, 1920, p. 169.
10. **Cazejust.** — DÉGAGEMENT ET ABLATION DU PÔLE SUPÉRIEUR DE L'AMYGDALE. TEMPS INDISPENSABLE DE L'AMYGDALOTOMIE MAXIMA. *Revue hebdomadaire de laryng.*, févr. 1921.
11. **Canuyt.** — RÉFLEXIONS CLINIQUES ET PRATIQUES SUR LES

PHLEGMONS PÉRI-AMYGDALIENS. *Soc. de Laryng, d'Otol. et de Rhino*, Paris, 9 déc. 1921.

12. **Coakley.** — DE L'HÉMORRAGIE APRÈS L'AMYGDALECTOMIE, PRINCIPES CHIRURGICAUX POUR L'ARRÊTER. *The Journal of Laryng. and otol.*, vol. XXXVII, n° 1, janv. 1922.
13. **Cloquet.** — AMYGDALE, article Dictionnaire en 30 vol., t. II.
14. **Descomps.** — ANATOMIE DE L'ESPACE MAXILLO-AMYGDALIEN. *Thèse Paris*, 1908.
15. **Desault.** — ŒUVRES CHIRURGICALES. *Ed. Mequignon, Paris*, 1801, t. II.
16. **Doucet (E.).** — COMPLICATIONS, ACCIDENTS ET INCIDENTS DE L'ABLATION DES AMYGDALES. *Thèse Paris*, 1913.
17. **Dubar.** — DISCUSSION. *Bulletin et Mémoire de la Société Française d'O.-R.-L.*, t. XXXIII, 1^{re} partie, page 93.
18. **Dutheillet de Lamothe.** — AMYGDALECTOMIE ET AMYGDALOTOMIE. *Revue de Laryng., d'Oto et de Rhino*, 30 avril 1923.
19. **Dutheillet de Lamothe.** — ANESTHÉSIE LOCALE DANS L'AMYGDALECTOMIE TOTALE. UN POINT DE TECHNIQUE PARTICULIÈRE. *Annales des Maladies de l'oreille*, t. XLIII, 1924, p. 464.
20. **Dutheillet de Lamothe.** — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CHIRURGIE DE L'AMYGDALE PALATINE. *Journal de Chirurgie*, oct. 1921.
21. **Escat.** — MALADIES DU PHARYNX. *Naud, éditeur. Paris*, 1901, page 240.
22. **Eves.** — DES PRÉCAUTIONS A PRENDRE EN ANESTHÉSIE LOCALE, A PROPOS D'UN CAS DE MORT. *Annals of otology R. et L.*, 1923, p. 904.
23. **Farlow.** — EIGHT CASES OF LARGE PULSATING ARTERIES OF THE POSTERIOR WALL OF THE PHARYNX. *Bost. Med. and surg. Journ.*, 1890, vol. 63.
24. **Fabry.** — REMARQUE SUR LE PANSEMENT APRÈS TONSILLECTOMIE. *Zeitsch. f. Hals*, t. VII, n° 3, cité *Annales des Maladies de l'oreille*, t. XLIII, n° 6, juin 1924.
25. **Faulkner (R.).** — RÔLE MÉCANIQUE DE L'AMYGDALE. *Arch. Int. de Laryng.*, 1922, p. 7 et 15.
26. **Fust.** — TRAITEMENT DU COLLAPSUS CONSÉCUTIF A UNE HÉMOR-

- RAGIE GRAVE DANS L'AMYGDALECTOMIE. *Brist. Med. ass. section de R. et L.*, juillet 1921, cité *Arch. Int. de Laryng.*, 1922, p. 623.
27. **Garel.** — DISCUSSION SUR L'AMYGDALECTOMIE. *Bulletin et Mém. de la Soc. Française d'O.-R.-L.*, 1914, t. XXXI, 2^e partie, p. 117.
28. **Gault.** — DISCUSSION SUR L'AMYGDALECTOMIE. *Bull. et Mém. de la Soc. Française d'O.-R.-L.*, 1914, t. XXXI, 2^e partie, p. 116, et DISCUSSION, t. XXXIII, 1^{re} partie, p. 93.
29. **Genz.** — LIGATURE DE LA CAROTIDE EXTERNE POUR HÉMORRAGIE CONSÉCUTIVE A UNE AMYGDALECTOMIE. *Soc. Viennoise de Laryng. et R.*, 14 juin 1922, cité *Arch. Int. Laryng.* t. II, année 1923, p. 357.
30. **Harold Hays.** — ÉTAT PRÉSENT DE LA QUESTION DES AMYGALES. *The Eyes, ear nose, and Throat*, févr. 1922.
31. **Hastings.** — L'AMYGDALECTOMIE CHEZ LES ADULTES DANS LE CAS DE RHUMATISME. *Annals of Otol.*, XXXI, f. 1, C. 157, cité *Arch. Int. Laryng.*, 1922, t. II, p. 627.
32. **Hicguet.** — ÉNUCLÉATION DE L'AMYGDALE AU MOYEN DE LA PINCE DE RUALT. *Soc. Belge d'O., de R. et de Laryng. Compte rendu de la séance du 9 juillet 1921.*
33. **Hiermann.** — HÉMOSTASE EXACTE APRÈS TONSILLECTOMIE. *Zeitsch. f. Laryng.*, t. X, n° 2, cité *Ann. des Maladies de l'oreille*, t. XLII, n° 4, avril 1923, p. 144.
34. **Horvel (Mark).** — LA SIMPLE HYPERTROPHIE D'UNE AMYGDALE EST-ELLE UNE RAISON SUFFISANTE POUR SON ÉNUCLÉATION. *The Journ. of Laryng and Otol.*, t. XXXVI, 10 oct. 1921.
35. **Irwing Moore.** — PROCÉDÉS LOCAUX D'HÉMOSTASE AU CAS D'HÉMORRAGIE GRAVE DE LA FOSSE AMYGDALIENNE. *Brist. Med. Ass. section de R. et L.*, Congrès, juillet 1921. Cité *Arch. Int. de Laryng.*, t. II, 1923, p. 623-624.
36. **Jacques.** — DE LA PRATIQUE DE L'AMYGDALECTOMIE. *Bull. et Mém. de la Soc. Française d'O.-R.-L.*, t. XXXIII, 1^{re} partie, p. 88.
37. **Just (T. H.).** — LIGATURE DE LA CAROTIDE EXTERNE OU DE LA CAROTIDE PRIMITIVE AU CAS D'HÉMORRAGIE GRAVE. *Brist.*

- Med. Ass., Section de R. L. Congrès, juillet 1921.*
Cité Arch. Int. de Laryng., t. II, 1922, p. 623.
38. **Kahn (A.).** — UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR ARRÊTER L'HÉMORRAGIE DE L'AMYGALE. *Medical Record*, 24 sept. 1921.
39. **Keleman.** — HÉMOSTASE PAR DES TISSUS AMYGDALIENS. *Zeitsch. f. Hals.*, t. IV, n° 3.
40. **Kerangal (X. Y. de).** — DE L'AMYGDALECTOMIE PAR ÉNUCLÉATION ET TORSION DU PÉDICULE. *Arch. Int. de Laryng.*, 1922, p. 961.
41. **Killian.** — ARCHIVES INTERNAT. DE LARYNG., article, année 1903.
42. **Lautenschlager.** — HÉMOSTASE APRÈS TONSILLECTOMIE. *Zeitsch. f. Hals.*, t. V, n° 2.
43. **Laurens.** — CHIRURGIE DE L'OREILLE, DU NEZ ET DU LARYNX. *Masson éd.*, 1924.
44. **Leegaard.** — ÉTIOLOGIE FAMILIALE DES ABCÈS PÉRI-AMYGDALIENS. *Norst. Magasin for Laegevidenskaben*, 1921.
45. **Levinstein.** — PHARYNGITE APRÈS AMYGDALECTOMIE. *Zeitsch. f. Laryng.*, t. XI, f. 3-4, p. 218.
46. **Lebermann.** — SUR L'HÉMOSTASE DANS LE PHARYNX. *Zeitsch. f. Hals*, t. V, n° 1. *Cité Annales*, t. XLIII, n° 3, mars 1924, p. 296.
47. **Leymann.** — STATISTIQUE. *Americ. Laryng. Rhin. and Otol Society*, 1917.
48. **Lesca.** — LES AMYGDALES PALATINES INFECTÉES. *Thèse Paris*, 1922.
49. **Lillie et Lys.** — STATISTIQUE. *Journ. Med. Assoc.*, 1919.
50. **Le Mee.** — DISCUSSION SUR L'AMYGDALECTOMIE MAXIMA. *Bulletin Soc. Belge d'O., de R. et de L.*, 24 févr. 1924.
51. **Louis.** — DE LA RESCISSION DES AMYGDALES TUMÉFIÉES. *Mém. de l'Académie royale de Chirurgie*, 1774, t. V.
52. **Lubet Barbon.** — A PROPOS D'UN CAS DE DICISION DE L'AMYGALE. *Soc. de L., d'O. et de R. de Paris*, 16 mars 1923. *Cité Presse Médicale*, 31 mars 1923, analyse.
53. **Luc.** — DISCUSSION. *Bull. et Mém. Société Franç. d'O.-R.-L.*, t. XXXI, 2^e partie, p. 115.
54. **Mac Kenzie.** — CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITE-

- MENT DE L'HÉMORRAGIE PENDANT ET APRÈS L'AMYGDALECTOMIE. *Med. Ass. Sect. de R. L.*, juillet 1921. Cité *Arch. Int. Laryng.*, t. II, 1922, p. 625.
55. **Miégeville.** — AMYGDALECTOMIE PARTIELLE ET AMYGDALECTOMIE TOTALE. *Sud Med. et Chirurgical*, 15 août 1924, p. 2759 et suivantes.
56. **Magnan.** — L'EXÉRÈSE DU PÔLE SUPÉRIEUR DE L'AMYGDALE PALATINE PAR L'OUVERTURE DU RECESSUS PALATIN. *Thèse Paris*, 1924, Jouve éd.
57. **Moulonguet.** — INDICATION ET TECHNIQUE DE L'AMYGDALECTOMIE. *Presse Médicale*, 7 juillet 1923.
58. **Moure.** — DISCUSSION. *Bulletin. et Mém. de la Société franç. d'O.-R.-L.* Congrès 1914, p. 116, t. XXXI, 2^e partie.
59. **Mouret et Cazejust.** — RECHERCHE ANATOMIQUE SUR LE RECESSUS PALATIN ET LE PÔLE SUPÉRIEUR DE L'AMYGDALE. *Annales des Maladies de l'oreille*, année 1921, p. 591.
60. **Mouret et Cazejust.** — AMYGDALECTOMIE MAXIMA OU AMYGDALECTOMIE HAUTE. *Annales des Maladies de l'oreille*, t. XLII, n° 9, 1923, p. 845.
61. **Narsk (Frans).** — RÉSULTATS DE L'AMYGDALECTOMIE. *Ugeskr. f. Laeger*, 7 déc. 1922. Cité analyse *Annales des Maladies de l'oreille*, t. XLII, n° 4, année 1923, p. 444.
62. **Norsk.** — RÉSULTATS DE L'AMYGDALECTOMIE CHEZ L'ADULTE. *Zeitsch f. Hals Nasen und ohr*, 1922, t. II, f. 3-4, p. 294.
63. **O'Malley.** — CONDITIONS PRÉDISPOSANTES A L'HÉMORRAGIE A LA SUITE DE L'ABLATION DES AMYGDALES. *Brist. Med. ass. Section de R. L.*, juillet 1921. Cité *Arch. Int. Laryng.*, 1922, t. II, p. 623.
64. **Oppikofer.** — DE L'AMYGDALECTOMIE A LA CLINIQUE DE BALE. *Soc. Suisse d'O.-R.-L.*, 30 juin et 1^{er} juillet 1923. Cité *Annales des Maladies de l'oreille*, 1923, fasc. 12, p. 12-17.
65. **Parrel (de).** — *Arch. Int. de Laryng.*, 1922, p. 112.
66. **Portmann.** — DISCUSSION. *Soc. Belge d'O.-R.-L.*, 10 juillet 1921.

67. **Poirier.** — TRAITÉ D'ANATOMIE HUMAINE, t. II, fasc. 2, p. 229, ligne 3.
69. **Rieffel.** — SUR LES RAPPORTS DES AMYGDALES AVEC LES VAISSEaux CAROTIDIENS. Steinheil éd., 1892.
70. **Reuter.** — CONSIDÉRATIONS SUR 500 TONSILLECTOMIES. *Zeitsch. f. Laryng.*, t. X, n° 2.
71. **Rhor.** — L'ÉNUCLÉATION DES AMYGDALES PAR LA MÉTHODE DE SLUDER. *Brésil Médical*, 1920. Cité *Arch. Int. Laryng.*, 1922, t. I, p. 890.
72. **Saint-Germain (de).** — DE L'AMYGDALECTOMIE. *France Médicale*, 1879, n° 72, p. 569, 577.
73. **Saint-Germain.** — DE L'AMYGDALECTOMIE. *Sem. Médicale*, 15 juillet 1885, n° 29, p. 239.
74. **Saint-Germain.** — DE L'AMYGDALECTOMIE. Leçon citée *Annales des Maladies de l'oreille*, t. XLIII, n° 7, 1924, p. 1.
75. **Sebilleau.** — LES ARTÈRES CAROTIDES ET LES HÉMORRAGIES CATACLYSMIQUES DE L'AMYGDALECTOMIE BANALE. Paris, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 26 janv. 1921. (Cet article est accompagné d'une bibliographie complète et détaillée sur tout ce qui a été écrit sur le sujet depuis 1800.)
76. **Sebilleau.** — ADHÉRENCES VÉLO-PHARYNGÉES. *Annales des Maladies de l'oreille*, t. XLIII, n° 6, juin 1924, p. 595.
77. **Sebilleau (et Truffert).** — LE CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF, LE LARYNX, LE PHARYNX. L. Arnette éd., Paris, 1924, p. 59.
78. **Schlemmer.** — ÉTUDE ANATOMIQUE EXPÉRIMENTALE ET CLINIQUE CONCERNANT LE PROBLÈME DES TONSILLES. *Monatsch. f. Ohren heilk.*, n° 2, 1921.
79. **Sington.** — RÉSULTATS OBTENUS APRÈS L'AMYGDALECTOMIE ET L'ABLATION DES VÉGÉTATIONS. *The British Medical Journal*, 4 mars 1922.
80. **Soto.** — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DANS L'AMYGDALECTOMIE. *Revista Española de Laryng.*, 1923, p. 98. Cité *Annales des Maladies de l'oreille*, 1924, fasc. n° 4, p. 419.

81. **Swain (H. L.).** — DOIT-ON TOUJOURS PRATIQUER L'AMYGDALECTOMIE. *Annals of Otol.*, t. XXX, 1921, n° 4, p. 979.
Cité *Arch. Int.*, t. II, 1922, p. 628.
82. **Testut Jacob.** — ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE, t. I, p. 302.
83. **Tilley (H.).** — INFLUENCE DE LA TECHNIQUE SUR LES HÉMORRAGIES GRAVES DANS LES OPÉRATIONS AMYGDALIENNES. *Brist. Med. Ass., section R. L.*, juillet 1921. Cité *Arch. Int. Laryng.*, 1922, p. 623-626, t. II.
84. **Vacher et Denis.** — AMYGDALECTOMIE TOTALE ET HÉMORRAGIE POST-OPÉATOIRE. *Bull. et Mém. de la Société franç. d'O.-R.-L.*, 1914, t. XXXI, 2^e partie, p. 105.
85. **Van Caneghem.** — OUVERTURE SYSTÉMATIQUE DE LA FOSSE SUPRA-TONSILLAIRE AU COURS DE L'AMYGDALECTOMIE. *Bulletin trimestriel de la Soc. Belge d'O.-R.-L.*, 24 févr. 1921.
86. **Van Caneghem.** — ANESTHÉSIE DE L'AMYGDALE PAR VOIE COMBINÉE EXTERNE ET INTERNE. *Annales des Maladies de l'oreille*, t. XLIII, 1924, n° 7, p. 659.
87. **Voodrutenn.** — INFLUENCE DE LA TECHNIQUE OPÉATOIRE COMME PROPHYLAXIE DES HÉMORRAGIES AMYGDALIENNES. *Brist. Med. Ass., section O.-R.-L.*, juillet 1921. Cité *Arch. Int. Laryng.*, t. II, année 1922, p. 626.
88. **Zange.** — DISCUSSION. Soc. allemande d'O.-R.-L. Séance 18 mai 1923, t. IV, n° 4. Cité *Annales des Maladies de l'oreille*, janv. 1924, t. XLIII, n° 1, p. 90.

